

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1897-98. — N° 155.

HÉMATURIES

PAR

VARICES DE LA VESSIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Li soutenue publiquement le 22 Juillet 1898

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Assad HOBEIKA

Né le 14 mai 1872, à Deir-el-Kamar (Syrie).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1898

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1897-98. — N° 155.

HÉMATURIES

PAR

VARICES DE LA VESSIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Juillet 1898

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Assad HOBEIKA

Né le 14 mai 1872, à Deir-el-Kamar (Syrie).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Juillet 1898

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. Doyen.

LACASSAGNE Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.	GAYET.
Physique médicale.	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.	MONOYER.
Matière médicale et Botanique.	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.	CAZENEUVE.
Anatomie.	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.	LORTET.
Physiologie.	TESTUT.
Pathologie interne.	RENAUT.
Pathologie externe.	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TEISSIER.
Anatomie pathologique.	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.	TRIPIER.
Médecine légale.	POLLOSSON (M.)
Hygiène.	ARLOING.
Thérapeutique.	LACASSAGNE.
Pharmacie.	BARD.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes.	LAROYENNE
---	-----------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (A.) —
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
CHANDELUX.	POLLOSSON (A.)	BOYER.	BARRAL.
BEAUVISAGE.	ROCHET.	VALLAS.	MOREAU.
CONDAMIN.	ROLLET.	SIRAUD.	CAUSSE, chargé des
COURMONT.	ROQUE.	DURAND.	fonctions d'agrégé.
DEVIC.	ROUX.	DOYON.	BORDIER —
GANGOLPHE.	COLLET.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. AUGAGNEUR, Président ; M. POLLOSSON (M.), Assesseur ;

MM. ROCHET et CONDAMIN, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A M. LE PROFESSEUR LORTET

Doyen de la Faculté de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

Parvenu aujourd'hui au terme de nos études médicales, nous tenons à dire quelle immense dette de reconnaissance nous avons contractée envers notre bien-faiteur, M. le professeur Lortet; nous proclamons hautement que c'est à lui que nous sommes redevable de ce résultat, à lui seul nous devons notre carrière et notre avenir.

Pendant tout le cours de notre enseignement, M. le professeur Lortet s'est intéressé à nous d'une façon toute spéciale, nous entourant de sa sollicitude vraiment paternelle. Il nous a fait le grand honneur de nous admettre auprès de lui dans son laboratoire, nous prodiguant à chaque instant, avec sa bienveillance habituelle, les conseils et les encouragements.

Il nous a simplifié nos études en nous facilitant l'accès des cliniques et le voisinage des maîtres lyonnais.

Nous garderons un éternel souvenir des années si vite écoulées auprès du maître affectionné et nous sommes heureux et fier de pouvoir nous proclamer son élève.

Ce travail est bien modeste, nous ne l'ignorons pas; cependant qu'il nous soit permis, comme bien faible témoignage de gratitude, de l'offrir en hommage à notre cher et vénéré protecteur.

INTRODUCTION

En abordant l'étude des hématuries par varices de la vessie, nous n'avons pu nous empêcher d'appréhender la difficulté de ce nouveau travail où les matériaux, comme on pourra en juger, nous manquaient totalement. Mentionnées par les vieux auteurs et citées très sommairement par les chirurgiens modernes, les varices semblent être pourtant moins rares qu'on ne le pense.

M. le professeur Augagneur a bien voulu nous réserver l'honneur de les étudier pour notre sujet de thèse ; et, outre les deux observations inédites qu'il nous a communiquées, nous avons pu aussi, en suivant ses cliniques, en observer un cas très intéressant. C'est donc à son instigation que nous avons entrepris ce travail, et grâce à ses conseils que nous avons pu le mener à bout.

Dans un premier chapitre, nous exposons l'anatomie de la vessie au point de vue veineux ; en second lieu, nous passerons sommairement en revue les différentes hématuries vésicales indépendantes des lésions inflammatoires ou

organiques, et nous terminons en dernier lieu par les observations et l'étude des hématuries variqueuses.

Mais avant d'entrer en matière, nous exprimons toute notre gratitude à M. le professeur Augagneur, non seulement pour la bienveillance qu'il a eue en nous confiant le sujet de notre thèse inaugurale, mais encore pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence.

C'est aussi un bien doux devoir pour nous de remercier tous nos maîtres qui, durant nos études, nous ont sans cesse témoigné une inépuisable bonté et nous ont permis avec tant de générosité l'accès de leurs salles de cours et de cliniques.

A MM. les professeurs Gayet, Testut, Roux, nous devons une reconnaissance toute particulière pour leur accueil bienveillant et les marques d'intérêt qu'ils nous ont montrées dès notre arrivée à Lyon et qu'ils ne cessent de nous prodiguer.

HEMATURIES

PAR

VARICES DE LA VESSIE

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE

Remarquables par leurs grandes richesses et leur grande dilatabilité qui les prédispose à l'état variqueux, les veines de la vessie communiquent entre elles et offrent de si nombreuses anastomoses, qu'elles constituent des systèmes en réseau débouchant directement ou par l'intermédiaire des plexus qui l'entourent dans les veines hypogastriques. Elles ont été, en 1869, l'objet de savantes expériences et de recherches minutieuses et approfondies par Gillete¹; aussi nous ne pouvons mieux faire que de lui emprunter cette étude.

De leur origine dans la muqueuse jusqu'à leur embouchure dans les troncs du bassin, les veines de la vessie forment, dans chaque tunique de ce réservoir, des réseaux bien différents entre eux : aussi, au point de vue anatomo-

¹ *Journal de l'anatomie*, 1869.

mique, croyons-nous devoir diviser ces veines en trois couches, à savoir :

- 1° Le réseau de la muqueuse ou profond ;
- 2° Le réseau intermusculaire ou moyen ;
- 3° Le réseau sous-péritonéal ou superficiel.

1° **Muqueuse.** — La muqueuse est littéralement couverte d'un beau réseau veineux qu'un œil attentif subdivise en un certain nombre de départements :

- a) Au niveau du corps de la muqueuse ;
- b) Près du col ;
- c) Dans le bas-fond et à l'embouchure des uretères.

a) *Au niveau du corps.* — L'ensemble de ces veines qui n'ont point encore été décrites par les anatomistes, nous a paru toujours le même, et voici la reproduction de ce que nous avons trouvé à l'œil nu ou à la loupe ; nous voyons une quantité innombrable de vaisseaux qui ont de 0^{mm}05 à 0^{mm}1 de diamètre, formant un chevelu à la surface de la muqueuse. Ces veines s'anastomosent les unes avec les autres de façon à figurer de petits losanges ou hexagones dont les plus fins mesurent 0^{mm}3 à 0^{mm}5 ; puis de distance en distance les vaisseaux deviennent plus gros et convergent pour se réunir en un tronc principal de 0^{mm}25, 0^{mm}3, 0^{mm}5 ; il est rare d'en rencontrer dont le calibre atteigne 1 millimètre.

Ces troncs principaux existent en grande quantité ; ils sont séparés les uns des autres par des distances variables (5, 1, 2 centimètres) et nous pouvons dire que chacun d'eux occupe le centre d'un petit département veineux dont la disposition étoilée rappelle vaguement les

vaisseaux tourbillonnés ou *vasa vorticosa* de la choroïde.

Quels sont les rapports de ces veines avec les artères de la muqueuse? Un réseau anastomotique analogue à celui que nous venons de décrire existe pour les artères qui sont du reste plus déliées, mais il est recouvert par celui des veines qui est plus rapproché de la surface libre de la tunique interne.

Les veines qui ont moins de 0^{mm}2 sont uniques pour les artères correspondantes; au-dessus de ce calibre, il y a souvent, mais pas toujours deux veines pour vaisseau artériel, et encore l'une d'elles est-elle bien plus petite que sa compagne. Enfin, le tronc veineux principal des groupes que j'ai décrits est très fréquemment double pour l'artère adjacente et ces deux veines sont reliées entre elles par des anastomoses transversales très courtes, jetées comme des ponts au-dessous du vaisseau artériel médian.

b) *Au niveau du col vésical.* — Près du col vésical nous constatons une tout autre disposition. Il existe en ce point un réseau très fin, un plexus circulaire dont on peut suivre les mailles sous la muqueuse urétrale, et d'où partent des troncs dont les uns ont la direction des freins postérieurs du verumontanum, dont les autres vont gagner les parties latérales de la muqueuse vésicale ou le bas-fond de l'organe.

Au milieu des mailles de ce plexus serpentent de petites artéριοles qui convergent vers l'orifice vésical. Elles sont beaucoup plus flexueuses que dans le reste de la vessie et affectent la disposition hélicine.

L'état variqueux des veines du col est fréquent, surtout chez les vieillards, et leur lésion peut donner lieu à un écoulement de sang abondant.

c) *Dans le bas-fond et au niveau des uretères.* —

Le triangle de Liétaud est tapissé par un riche réseau à mailles irrégulières communiquant d'une part avec le plexus circulaire précédent, donnant naissance en arrière à des troncs qui s'élèvent perpendiculairement sur la face postérieure de la muqueuse, et fournissant, au niveau des deux angles qui correspondent à l'embouchure des uretères, des mailles contournant ces canaux, et d'où partent quatre à cinq troncs plus volumineux qui suivent le trajet oblique de ces derniers en s'anastomosant de distance en distance.

Les veines qui constituent les réseaux de la muqueuse de la vessie peuvent être intéressées dans certaines circonstances et fournir une hémorragie en rapport avec le volume du vaisseau lésé.

2° **Musculaire.** — Les troncs qui partent des différents points de la tunique muqueuse de la vessie traversent le tissu cellulo-séreux qui unit les deux couches internes et pénètrent la couche musculieuse. On voit partout de petites veines suivre parallèlement le trajet des colonnes charnues : les unes sont en dehors des faisceaux, les autres dans leur intérieur et toujours dirigées dans le sens des fibres qui les composent. Ces veinules s'anastomosent entre elles et avec celles des groupes voisins, s'entrelacent en quelque sorte entre les différents faisceaux musculaires, si bien qu'en examinant à l'œil nu la tunique moyenne de la vessie, on voit des troncs veineux qui apparaissent dans toute leur netteté et qui, un peu plus bas, masqués par le passage d'une colonne charnue, réapparaissent à côté parce qu'ils se trouvent de nouveau

situés en dehors des faisceaux musculaires. En un mot, le trajet des veines dans cette seconde couche est extrêmement irrégulier, mais cependant il est toujours facile de reconnaître dans bien des points le parallélisme qui existe entre les veinules et les fibres charnues. C'est surtout au niveau de cette couche musculaire que la distribution veineuse est indépendante de celle des artères. Les petites veines sont uniques pour ces dernières et encore les voit-on bien souvent cesser de les accompagner pour affecter un trajet différent ou pour recevoir l'anastomose d'une veine voisine, puis revenir prendre leur première place auprès du vaisseau artériel; les artères les plus volumineuses sont accompagnées de deux veines, dont l'une est toujours plus petite que l'autre.

Lorsque les troncs veineux ont acquis un diamètre de plus de 1 millimètre, ils se mettent à ramper dans le tissu sous-péritonéal.

3° Réseau sous-péritonéal. — Ce réseau est composé des troncs les plus volumineux, les plus faciles à observer et qu'il est aisé de suivre jusqu'à l'embouchure. Nous pourrions conserver dans cette étude l'ordre que nous avons adopté pour celle de la membrane muqueuse, c'est-à-dire les décrire au niveau du corps, du col, du bas-fond et des uretères, car des différences bien tranchées existent pour le réseau sous-péritonéal, dans ces quatre régions de la vessie; nous préférons cependant, eu égard au mode d'aboutement de ces vaisseaux, les diviser en :

- a) Veines antérieures;
- b) Veines latérales;
- c) Veines postérieures.

D'une façon générale, les veines antérieures se déversent dans la veine dorsale profonde de la verge immédiatement derrière la symphyse pubienne. Les veines latérales aboutissent aux veines hypogastriques, enfin les veines postérieures vont se jeter dans les plexus serrés qui circonscrivent les vésicules séminales.

Toutes les veines sous-péritonéales, qui ne sont que la continuation des vaisseaux intermusculaire et intramusculaire, communiquent largement les unes avec les autres par des anastomoses multipliées dont les mailles bien plus larges et plus exposées que celles des couches précédentes laissent apercevoir les fibres musculaires et les veines qui les accompagnent. Ces anastomoses se font par convergence, par communication transversale entre deux vaisseaux parallèles, mais principalement par arcades.

a) *Veines antérieures.* — Du volume de 2, 3, 4 millimètres quand elles sont complètement distendues par une injection solidifiable, elles reviennent tellement sur elles-mêmes quand elles sont vides qu'il est assez difficile de les rejeter partiellement : elles ne possèdent que de rares valvules. C'est ici surtout que nous rencontrons des anses anastomotiques très belles qui se continuent transversalement les unes aux autres en se confondant par leurs extrémités et dont j'ai vu plusieurs séries se superposer dans toute la hauteur de la face antérieure de l'organe.

Une pareille disposition fait bien comprendre comment la circulation veineuse s'effectue librement dans le sens vertical et de droite à gauche.

Ces veines, qui chez les vieillards sont souvent accompagnées et même masquées par une double traînée cellulo-graisseuse, communiquent avec les veines de la paroi pos-

érieure de l'abdomen, principalement avec les épigastriques et avec les branches transversales qui relient ces dernières des deux côtés derrière la symphyse du pubis. Ces anastomoses expliquent le rétablissement de la circulation par les veines pariétales et leur dilatation considérable quand les troncs pelviens sont oblitérés.

Toutes ces veines antérieures se jettent ou bien dans celles des parties latérales et ont le même sort que les dernières, ou bien dans les troncs situés derrière et au-dessous de la symphyse pubienne. Voici ce que nous avons le plus souvent observé à ce sujet : la veine dorsale profonde de la verge, en pénétrant dans le bassin au-dessous de l'arcade du pubis, se bifurque, et les deux branches en s'écartant pour entraver le col vésical se dirigent à droite et à gauche en figurant une double arcade à concavité inférieure généralement très belle qui reçoit les principales veines vésicales antérieures. D'autres veines vont se jeter dans le plexus veineux pudendalis ou pubio-vésical dont nous parlerons bientôt.

b) *Veines latérales.* — Les veines latérales de la vessie ne sont parfois que le résultat du fusionnement de celles des deux autres régions : elles forment généralement de chaque côté de l'organe un groupe très considérable de vaisseaux presque verticaux anastomosés par arcade avec les antérieures, à angle à ceux de la paroi postérieure, qui vont tous se déverser, soit directement dans la veine hypogastrique par trois ou quatre troncs volumineux, soit d'une manière indirecte dans la même veine par l'intermédiaire des plexus vésical et prostatique. Ces veines ont de nombreuses communications avec celles des canaux déférents et des uretères. Les premières n'offrent rien de particulier ;

quand aux secondes elles sont remarquables : au point où l'uretère s'engage dans les parois de la vessie, on voit ses vaisseaux veineux se confondre complètement avec ceux de l'organe, et l'ensemble des anastomoses des veines urétérales entre elles et avec elles des régions latérales, et postérieures donne lieu à un cercle vasculaire presque complet circonscrivant chacun de ces canaux ; de plus ces veines urétérales se relient également en partie à celles des canaux déférents. Toutes ces branches anastomotiques, qui acquièrent parfois le diamètre de 1 ou 2 millimètres, constituent une voie circulatoire dérivatrice pour le sang des veines de la vessie, lorsque le déversement ne peut s'effectuer dans les plexus pelviens et les veines hypogastriques.

c) *Veines postérieures.* — Dans les trois quarts supérieurs du réservoir urinaire, les veines postérieures sont verticales et parallèles entre elles. Les unes descendent du sommet de l'organe, les autres remontent dans le bas-fond ; mais à un moment donné et à des hauteurs variables elles changent de direction, deviennent horizontales pour accompagner par paire une artère également horizontale et aller se confondre avec les vaisseaux de la région latérale correspondante. Dans leur trajet ces veines s'envoient des branches de communication transversales ou obliques et d'autant plus nombreuses que l'on s'approche du bas-fond. Si l'on suit ces vaisseaux avec soin, on les voit se jeter dans la partie antérieure du plexus séminal.

Une disposition rencontrée aussi très souvent est celle que l'on peut désigner en Y ; une veine par exemple, monte du bas-fond où elle communique avec ce dernier plexus et se bifurque bientôt pour donner une branche à chacun des groupes latéraux.

C'est dans l'étude des veines superficielles de la vessie seulement que l'on trouve une similitude à peu près constante dans le trajet des deux espèces de vaisseaux (artères et veines). L'artère, dans bon nombre de cas, a ses deux veines de rigueur ; souvent elle n'en a qu'une ; d'autres fois elle est seule dans une partie de son trajet, puis une veine vient la rejoindre et bientôt une seconde. Mentionnons enfin le beau réseau veineux plexiforme entourant les deux artères ombilicales qui sont, comme on sait, le lieu d'origine des troncs artériels principaux destinés à la vessie.

Plexus veineux pelvi-périnéal chez l'homme.

— Les veines que nous venons de décrire et que nous pouvons supposer partir du sommet de la vessie, où elles forment autour de l'ouraque un cercle anastomotique assez lâche, convergent toutes vers le plancher du bassin. Là, en effet, nous trouvons, étalé sur une large surface d'avant en arrière aussi bien que transversalement, un vaste réseau veineux que sa position nous permet de dénommer pelvi-périnéal et que l'on peut, par la pensée subdiviser en plusieurs compartiments ou plexus secondaires, mais uniquement pour la commodité de la description, car ils communiquent largement les uns avec les autres, n'en font par conséquent qu'un seul et sont aisément injectés par une veine prise au hasard sur l'un ou sur l'autre. Ces plexus secondaires sont d'avant en arrière :

Le plexus pubio-vésical ou pudendalis ;

Le plexus vésical ou vésico-prostatique ;

Le plexus prostatique ou vésico-prostatique ;

Le plexus des vésicules séminales et des canaux déférents.

Tout à fait à la postérieure, le plexus hémorroïdal complète ce plancher veineux.

a) *Plexus pubio-vésical*. — Il est formé par la partie postérieure du réseau veineux profond de la verge. Situé en demi-couronne autour de la racine de cet organe, il s'anastomose en haut avec la bifurcation sous-pubienne de la veine dorsale, en arrière et sur les côtés avec les plexus vésico-prostatiques, à l'aide de communications larges et nombreuses. Il entre aussi en connexions intimes avec les veines honteuses internes en bas et en dehors, et avec les veines épigastriques en avant et derrière la symphyse du pubis; il s'anastomose aussi latéralement avec les veines obturatrices et les veines honteuses externes.

b) *Plexus vésico-prostatique*. — Les plexus vésical et prostatique n'en forment véritablement qu'un seul, cependant ils offrent l'un et l'autre certaines différences qui n'ont été mentionnées par personne.

La portion vésicale est composée de troncs qui peuvent acquérir par la distension, à l'aide du suif, plus de 5 décimètres de diamètre : ils s'anastomosent entre eux à la partie antérieure et se relient les uns aux autres par des ponts transversaux tout autour du col vésical; plusieurs d'entre eux semblent se continuer à plein canal avec les veines des corps caverneux. Le plexus vésical reçoit en avant des branches antéro-postérieures qui le font communiquer avec le plexus pudendalis, en haut et latéralement les veines correspondantes de la vessie viennent s'y jeter. En bas et en avant, existent constamment deux branches d'inégal volume, qui rattachent ce plexus aux veines obturatrices en passant à travers la membrane du même nom qui leur forme une espèce d'arcade; d'autres bran-

ches s'anastomosant entre elles ou avec les veines ischiatiques vont se rendre dans les hypogastriques. C'est en bas que le plexus vésical communique complètement avec toute la largeur du plexus prostatique par de véritables bouquets veineux, plexueux et moniliforme, qui se détachent presque à angle droit des gros troncs que nous avons mentionnés tout à l'heure comme appartenant au plexus vésical.

b) Le *plexus prostatique*, qui entoure la glande à laquelle il doit son nom, est essentiellement constitué par des touffes de veines anastomosées, plus petites, plus flexueuses, plus moniliformes que celles qui composent le plexus précédent et qui ont trois directions principales.

Les unes, verticales, sont celles qui relient les deux plexus (vésical et prostatique) et n'en font qu'un seul ; les autres, antéro-postérieures, rattachent ce plexus prostatique d'une part en avant aux veines caverneuses, d'autre part en arrière aux hémorroïdales et aux plexus des vésicules séminales ; enfin des rameaux transversaux réunissent celles des deux côtés ; de ces amas veineux partent aussi des troncs qui vont contribuer à la constitution des hypogastriques. Tous ces plexus vésicaux et prostatiques, dits plexus de Santorini, formés de veines nombreuses entrelacées et anastomosées entre elles, sont inextricables ; leur dissection est rendue presque impossible. Toutes ces veines sont de véritables sinus, à parois minces facilement dilatables. Elles adhèrent d'une façon intime au tissu cellulo-fibreux qui, lorsqu'elles le traversent, leur forme une véritable tunique ; et quand elles sont coupées, elles restent béantes, rappelant vaguement l'aspect du tissu érectile.

d) *Plexus des vésicules séminales et des canaux déférents.* — Les réseaux qui entourent les deux vésicules séminales, les canaux déférents et les conduits éjaculateurs sont bien remarquables. Ils sont beaucoup plus fins et plus serrés que les précédents, mais ils offrent à la vue une disposition plus régulière et plus jolie. Leur description détaillée nous entraînerait trop loin. Citons les faits les plus saillants.

Les canaux déférents sont accompagnés généralement par une ou deux veines de médiocre volume s'anastomosant entre elles, avec celles des uretères et du plexus vésical ; arrivées aux vésicules séminales avec plusieurs autres qui proviennent de ce dernier, elles se composent de trois façons : les unes passent en haut directement de droite à gauche en s'anastomosant à plein canal avec celles du côté opposé : c'est le groupe supérieur. D'autres se distribuent sur la face antérieure des vésicules, c'est le groupe antérieur. Enfin il existe un troisième groupe dit postérieur, et voici comment les vaisseaux se comportent dans les deux derniers. Chaque veine, suivie du centre à la périphérie, se répand en une multitude de ramuscules qui peuvent être comparés à autant de pinceaux.

C'est dans le groupe antérieur que se déversent les veines du bas fond de la vessie. Quant au groupe postérieur, il communique largement avec les plexus prostatiques et hémorroïdal ; on se rappelle en effet, combien est serrée l'arborisation qui couvre le cul-de-sac séreux vésico-rectal.

Veines vésicales chez la femme. — Chez la femme, les réseaux intra-muqueux et intermusculaires

ne présentent rien de particulier : ils sont les mêmes que chez l'homme, mais la distribution des veines superficielles est différente. Les veines de la région vésicale antérieure vont se jeter dans la partie médiane sous-pubienne du plexus vésico-vaginal. Elles communiquent en ce point avec les veines dorsales profondes du clitoris et surtout les veines des parois de l'urètre. Toutes les veines de la face postérieure vont se confondre avec celles qui occupent la partie antérieure du col utérin et qui représentent le plan moyen et antérieur du plexus utéro-vaginal. Ces communications sont multiples et on peut les suivre jusqu'aux veines volumineuses anastomosées entre elles qui cheminent sur les côtés de l'utérus pour aller former le plexus utéro-ovarique ou pampiniforme. Elles s'anastomosent également avec celles du ligament large.

Quant aux veines des régions latérales de la vessie, elles sont extrêmement longues, volumineuses et multipliées et on les suit facilement du sommet de l'organe où, en se réunissant à d'autres, elles décrivent un cercle complet, vers les parties latérales du plexus vésico-vaginal où elles se jettent ainsi que dans les veines hypogastriques. Elles s'anastomosent avec celles des uretères et par là, avec les veines du plexus pampiniforme.

CHAPITRE II

CLASSIFICATION DES HÉMORRAGIES VÉSICALES

Le sang que renferme l'urine peut avoir indifféremment pour source l'urètre profond, le col de la vessie, la vessie elle-même, les uretères et le rein. Mais nous nous contenterons, dans ce chapitre, d'esquisser sommairement les principales hémorragies vésicales n'ayant pas de rapport avec les lésions organiques ou inflammatoires.

En effet, outre les hématuries provenant d'un traumatisme proprement dit, ou d'un calcul vésical, celles considérées comme mécaniques que l'on observe dans les rétentions d'urines, celles produites par des tumeurs vésicales (papillome, sarcome, cancer), dans la tuberculose vésicale, celles liées aux différentes inflammations (cystites aiguës ou chroniques) du col du corps de la vessie à la bilharziose, etc., il existe des hématuries supplémentaires essentielles ou accompagnant certaines maladies constitutionnelles (purpura hémorragique, scorbut) ou certaines maladies infectieuses (variole, scarlatine et impaludisme, etc.).

A. — La pathogénie des hématuries supplémentaires est due à l'hyperémie et à la congestion. En effet, lors-

qu'un écoulement sanguin habituel vient à être supprimé, que l'appareil urinaire soit le siège d'une fluxion pathologique continue, on voit alors, en ce cas, la dilatation congestive des vaisseaux de la muqueuse urinaire préparer l'hématurie en ces points où le régime circulatoire est ainsi modifié. Dans certains cas, le mécanisme pathogénique est simple et indiscutable, c'est le procédé de la fluxion compensatrice en toute sa netteté; en d'autres, ce sont des fatigues, des contusions continues, qui congestionnent les voies urinaires et préparent l'hématurie. Ces hématuries supplémentaires ont été bien étudiées par les vieux auteurs (Pinel, Choppart, etc.).

« Dans quelque cas, dit Civiale, rares il est vrai, où l'observation la plus minutieuse ne fait pas découvrir la moindre cause à laquelle on puisse raisonnablement attribuer l'hématurie, le flux sanguin paraît être la conséquence d'une congestion sanguine vers les organes urinaires. C'est surtout alors qu'on lui voit prendre un type en quelque sorte périodique, soit chez la femme, après l'âge critique, soit chez l'homme, principalement lorsqu'il a été atteint d'hémorroïdes.

« On trouve dans les auteurs, et la pratique nous offre de loin en loin des exemples d'hématuries ayant ce caractère.... Cependant, l'hypothèse mise de côté, il reste le fait incontestable, que je ne tenterai pas d'expliquer, à savoir que certaines hématuries reviennent à des époques réglées, et qu'une fois la période citée établie, elle se maintient quelquefois très longtemps.

« L'hématurie périodique, surtout lorsqu'elle est déjà ancienne, présente une circonstance remarquable : elle n'incommode pas le malade, elle ne le fait pas souffrir. Le

sang qui s'échappe d'abord est presque pur, notamment si le flux a lieu avec rapidité ; à mesure que celui-ci se ralentit, le liquide devient moins rouge, prend une teinte noirâtre et se mêle à l'urine qui, peu à peu, reprend sa couleur noirâtre.

« On a vu, et Choppart en cite un exemple, des femmes qui, aux époques menstruelles, avant, pendant ou après l'apparition des règles, étaient atteintes d'une hématurie offrant d'ailleurs des différences infinies, relativement à la quantité de sang rendu et à la marche de l'écoulement. Ces irrégularités n'ont rien de surprenant puisqu'il s'agit en général de personnes nerveuses, vaporeuses, chez lesquelles la menstruation se fait mal, et s'accompagne de perturbations considérables. On cite des femmes qui ont rendu ainsi des quantités énormes de sang par l'urètre sans que la constitution ait en souffrir.

L'hématurie est chez ces individus pour ainsi dire nécessaire pour établir l'équilibre de leurs fonctions ; et Hoffmann cite une observation où le malade, atteint d'un flux hémorroïdal le vit disparaître et remplacé par une maladie de la peau, puis revenir sous forme d'un flux hématurial. Stahl vit une hématurie survenir à la suite d'un traumatisme, puis cesser à la suite d'une saignée, et enfin cette hématurie disparaître quand, quelques jours après, un écoulement hémorroïdal le remplaça.

A côté de ces hématuries supplémentaires compensatrices, nous citerons aussi celles qui sont sous la dépendance du système nerveux. L'hystérie, les névroses, l'épilepsie, les lésions matérielles des nerfs et des centres nerveux sont dans quelques cas l'origine de ces hémorragies (Charcot). Elles sont assez ordinairement précédées de

sensations douloureuses ; d'autres fois, elles disparaissent après une vive émotion, une grande colère, une frayeur soudaine ou une attaque de nerfs. Elles produisent peu de désordres fonctionnels et n'altèrent pas la santé générale. Leur marche est intermittente, quelquefois périodique, rarement continue.

B. — Les maladies constitutionnelles telles que le purpura hémorragique, le scorbut, s'accompagnent quelquefois d'hématuries ; mais alors elles n'offrent qu'une importance secondaire à l'état diathésique de la maladie elle-même. Ainsi, dans le purpura hémorragique, ces hématuries présentent, il est vrai, une gravité ; mais cette gravité est relative à leur abondance et à leur répétition qui compromettent directement la vie du malade ; elles surviennent ordinairement brusquement comme la maladie elle-même après une émotion, une frayeur, une chute, un effort, apparaissent sans cause appréciable après les premières pétéchies, et cessent dès que la maladie est en voie de guérison. Aussi on a rapproché ces hématuries de celles qui sont sous la dépendance du système nerveux. Il n'en est pas de même des hématuries scorbutiques qui sont très graves, et qui ne sont point considérées comme un effort quelconque de l'organisme dans le but d'éliminer une matière morbifique d'aucune nature, elles ne révèlent au contraire qu'un haut degré de l'affection se traduisant par l'altération du sang, son extrême fluidité et par la dénutrition des tissus.

C. — L'hématurie, qui accompagne les maladies infectieuses et surtout les fièvres éruptives, est généralement

graves et modifie défavorablement dès le début la marche et la terminaison de ces différentes affections ; elle est alors un symptôme du plus mauvais augure. Elle n'est pas nécessairement liée à une lésion du rein : elle se produit soit par simple congestion des reins, soit par cystite aiguë, soit par hémorragie dans le bassin, soit encore par altération du sang. Très souvent l'hématurie se produit en pleine période d'éruption chez les scarlatineux, à une époque où les complications rénales ne se rencontrent qu'exceptionnellement (Labadie). Chez les varioleux, l'hématurie a pour siège habituel la muqueuse des calices et des bassinets (Labadie). Forester et Klebs rapprochent des cystites puerpérales les inflammations graves de la vessie, qui sous l'influence d'organismes inférieurs retrouvés dans l'urine, peuvent se développer dans la pyohémie, le typhus, la variole, la scarlatine et le choléra.

« L'hématurie, dit Trousseau, se montre en effet assez communément dans la scarlatine, bien que fréquemment elle reste méconnue si le sang est pur, s'il n'est que légèrement altéré par son mélange avec les acides de l'urine qui prend alors une coloration noire, le pissement de sang est reconnu et signalé par ceux qui entourent le malade : mais il ne l'est pas lorsque la sécrétion sanglante étant peu considérable, les urines sont colorées en rose. »

Enfin, dans les formes malignes de la scarlatine, de la rougeole, de la variole, les altérations du sang déterminent une sorte de diathèse hémorragique. Au milieu de ces hémorragies multiples et variées, l'hématurie n'apparaît que comme un épiphénomène d'une signification pronostique de la plus haute gravité (Sydenham). Il faut rapprocher de

ces faits les hématuries de l'ictère grave, de la peste, de la fièvre jaune, du scorbut.

Dans toutes ces maladies infectieuses, les altérations sanguines jouent le principal rôle et facilitent singulièrement l'extravasation du sang, non seulement dans les reins, mais encore au niveau des bassinets et de la vessie ; souvent, en pareils cas, les globules sont détruits et les modifications de l'urine se rapportent alors à l'hémoglobinurie. Ces mêmes phénomènes s'observent quelquefois aussi dans l'impaludisme.

James Tison, dans un travail (*The medical News*, 1883), distingue deux formes d'accidents hématuriques liées à la malaria. La première forme bénigne et légère a déjà été l'objet des recherches de Dresler (*Virchows Arch.*, 1854) et de Harley (*Medico chir. Trans.*, 1865). Elles consistent dans l'apparition d'urines sanguinolentes qui reviennent quotidiennement ou par intervalles d'une façon paroxystique, chez des sujets en puissance d'accès palustres ou antérieurement atteints de fièvre intermittente. Les urines sont fortement teintées en rouge, très albumineuses mais pauvres en globules. La forme grave de l'hématurie paludéenne ne se rencontre guère que sous les tropiques et dans le sud de l'Amérique : au bout d'un ou deux accès de fièvre apparaît une urine noire très abondante, dont l'écoulement dure aussi deux ou trois heures. L'examen de l'urine montre qu'il s'agit d'hémoglobinurie et non d'une hématurie véritable.

CHAPITRE III

HÉMATURIES PAR VARICES DE LA VESSIE

Nous venons de passer sommairement en revue les différents états où l'hématurie est un des symptômes essentiels. Il nous reste à approfondir une autre cause capable de la produire : ce sont les varices de la vessie.

Quoique rare et demandant des recherches minutieuses pour être trouvée, cette hématurie d'origine variqueuse a pu cependant être constatée anatomiquement dans plusieurs autopsies, et les quelques observations que nous avons pu recueillir nous donnent encore plus de certitude, non sur son existence, qui est hors de doute, malgré les opinions contraires de quelques auteurs, mais sur sa fréquence relative.

Et d'abord nous éliminerons de notre sujet les dilata-tions veineuses de la vessie consécutives à certaines lésions du système nerveux central, à des myélites (Le Dentu, Guyon), à des traumatismes suivis de paraplégie, dila-tation due à une paralysie vaso-motrice, celles qu'on observe dans certains cas de cystite chronique, surtout chez les prostatiques, et enfin celles que l'on constate souvent sur les portions de la muqueuse vésicale non envahie par le néoplasme, chez les malades atteints de

tumeurs de la vessie. Nous n'envisageons que les varices de la vessie existant à l'état de lésions vésicales isolées ou accompagnant des hémorroïdes, un varicocèle, ou des varices des membres inférieurs.

Les varices de la vessie étaient peu connues des médecins de l'antiquité. Cœlius Aurelianus les a pourtant traitées sous le nom d'hémorroïdes vésicales. « De même qu'à l'anus, dit-il, il se forme des hémorroïdes à la vessie. Elles roulent par intervalles; c'est à quoi le chirurgien prudent doit être attentif. Lorsque le sang est retenu, la douleur à la région du pubis, la tension aux aines, la pesanteur au bas des hanches et l'affection sympathique des reins avertissent que le sang s'accumule dans la vessie. La cessation de tous les accidents, lorsque le sang commence à couler, complète le diagnostic de la maladie; mais si les hémorroïdes s'engorgent et se tuméfient de plus en plus, elles causent la difficulté d'uriner ou la suppression du cours des urines. »

Les varices vésicales furent encore signalées par bien d'autres auteurs (Choppart, Morgagni, Duplay père, Baraduc, etc.).

« Les veines de la vessie, dit Tillaux, et en particulier celles du col sont souvent variqueuses. Les varices du col ont été signalées depuis longtemps, mais on n'a peut-être pas suffisamment insisté sur les accidents qu'elles produisent. Elles forment une maladie spéciale, bien déterminée, dont le diagnostic n'est pas facile et le traitement moins encore; on pourrait la désigner sous le nom de cystite variqueuse du col de la vessie (observ. IV). La présence de bourrelets variqueux détermine des envies fréquentes d'uriner et de temps en temps une grande difficulté de la

miction qui peut aller jusqu'à la rétention. Le malade éprouve de la pesanteur à l'hypogastre, au périnée, à l'anus et marche avec difficulté ; puis, à un moment donné, il rend par l'urètre une grande quantité de sang et se trouve soulagé ; il urine bien, ne souffre plus, marche facilement jusqu'au retour d'une nouvelle crise. Toutefois, les caillots peuvent s'accumuler dans le canal et s'opposent à la sortie de l'urine. Ils finissent par être projetés au dehors et le malade ne souffre plus. »

Le gonflement variqueux des vaisseaux de la vessie et surtout du col a beaucoup d'analogie avec les hémorroïdes anales. Il s'accroît progressivement par les causes prédisposantes (varicocèle, hémorroïdes et varices crurales), par les efforts que les malades font pour uriner et pour aller à la garde-robe ; alors la contraction violente des muscles abdominaux, comprimant fortement les viscères contenues dans le bas-ventre et rendant plus difficile le retour du sang par les vaisseaux iliaques et mésentériques augmente la stase sanguine dans les veines du périnée et du col de la vessie. Les veines arrivées à un degré de dilatation maxima, leurs parois ne pouvant plus résister à la tension du sang, se rompent et alors l'hémorragie se produit.

Baraduc (obs. V) a eu l'occasion de constater la présence non seulement de nombreuses varices vésicales et périphériques sur lesquelles on distinguait nettement les fissures ayant déterminé l'hémorragie mortelle, mais encore d'hémorroïdes anales extrêmement développées. Frappé de cette coïncidence, cet auteur a conclu que chez les hémorroïdiens les troubles vésicaux doivent s'expliquer par l'extension de la même lésion aux veines de la vessie.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite).

(Communiquée par M. le professeur Augagneur.)

M. M..., cinquante-six ans, retraité. Aucune maladie antérieure, sauf une blennorrhagie vers l'âge de vingt ans, guérie sans avoir laissé de traces. Depuis quatre ou cinq ans le malade tousse pendant l'hiver. M. M... me fait appeler le 3 novembre 1891 : Il y a cinq jours, au moment du lever, sans avoir éprouvé aucune douleur, il vit son urine teinte de sang. Depuis lors la miction a été toujours hématique. Pendant les premiers jours, l'urine était rouge, peu à peu elle s'est teinte et a pris une coloration franchement noire. Depuis deux jours, il est survenu de la gêne au commencement de la miction. Il semble que la colonne liquide se heurte à un obstacle ; brusquement l'obstacle cède et le jet jaillit poussant un caillot. Parfois le jet est interrompu par l'introduction dans l'urètre de caillots au cours de la miction.

L'examen de M. M..., sujet maigre, pas vigoureux. Intégrité absolue de toutes les fonctions, sauf un peu d'emphysème pulmonaire et un certain degré d'athérome artériel. Varices peu prononcées des membres inférieurs. Bourses flasques sillonnées de dilatations veineuses. Bourrelet hémorroïdal ancien. Rien aux testicules. Prostate normale au toucher rectal et dilatations hémorroïdales très marquées. Pas de douleur à la palpation hypogastrique. Avec une sonde de Nélaton, en caoutchouc, du calibre dix -

huit, j'arrive sans aucune peine dans la vessie. L'urine est presque claire au début de son écoulement, puis se ternit peu à peu; le contenu du bas-fond est formé par de nombreux caillots. Je ne pousse pas plus loin l'exploration vésicale, craignant de provoquer de nouvelles hémorragies. Le malade est mis au repos absolu, je lui ordonne une potion avec 10 gr. 50 d'acide bezonïque et un lavement froid toutes les quatre heures. Je lui interdis de se sonder, sauf en cas d'absolue nécessité.

Le 8 mai, l'urine est devenue claire, dans un verre conique il se dépose quelques caillots seulement dans le fond. Le 12 mai, la miction et l'urine sont normales. Le 13 mai, j'explore avec la sonde Thompson la cavité vésicale, je ne trouve aucun corps étranger.

L'année suivante (1892), à la suite d'un repas copieux, pendant trois jours M. M... présente des hématuries. Le même traitement les fit disparaître.

J'ai vu en 1897 M. M..., il est très bien portant et n'a aucun symptôme d'affection vésicale.

OBSERVATION II (inédite).

(Communiquée par M. le professeur Augagneur.)

M. V..., quatre-vingt quatre ans. Le 10 juin 1898, je suis appelé auprès de M. V..., qui depuis trois jours a d'abondantes hématuries. C'est la cinquième fois depuis quinze ans que M. V... présente ces phénomènes. Les hémorragies antérieures disparaissaient spontanément après vingt-quatre ou trente-six heures. Leur durée et leur abondance l'ont obligé cette fois à s'adresser à un chirurgien.

M. V. est très robuste, en possession de toutes ses facultés. Il boite par suite d'une ancienne entorse du genou droit. Il est très hémorroïdaire et a eu fréquemment des hémorragies en allant à la selle.

La miction n'est pas gênée et s'accomplit même aisément pour

un homme de quatre-vingt-quatre ans ; il ne se lève que deux fois chaque nuit, n'a jamais d'incontinence.

Au moment où je vois M. V..., il est levé, ne souffre nullement, urine un peu plus souvent que les jours précédents, parfois après un moment d'attente en raison des caillots. Les urines sont noir foncé et contiennent une énorme quantité de sang.

L'urètre est libre, admet aisément une sonde molle n° 18. Le toucher rectal ne dénote qu'un bourrelet hémorroïdaire.

Je prescris du salol à l'intérieur et des lavements très chauds quatre fois dans les vingt-quatre heures. Cinq jours plus tard l'hémorragie est arrêtée. L'exploration vésicale avec la sonde de Thompson montre qu'il n'y a pas de calculs.

OBSERVATION III (personnelle).

(Malade du service de M. le professeur Augagneur).

D. J..., quarante et un ans, tisseur, entré dans le service le 30 septembre 1897. On ne note comme antécédents qu'une blennorrhagie il y a vingt ans. Il y a à peu près deux ans, le malade a de la peine à uriner, surtout au début de la miction. Parfois, le jet s'arrête brusquement pendant la miction. Il y a des périodes où la miction est peu gênée et le jet assez fort, et, d'autres, au contraire, où le malade a une légère dysurie. Le malade ne souffre pas. Le malade a uriné du sang en caillots, il y a un an et demi environ, et du sang mêlé à l'urine.

Actuellement, l'urine est très chargée; le sang et le jet contourné en tire-bouchon. Le malade urine environ trois à quatre fois par jour et deux fois ordinairement la nuit depuis le début de sa maladie il y a deux ans. Varices des membres inférieurs, abondants, énormes. L'exploration de la vessie ne révèle pas de rétrécissement, pas de calculs ni de corps étrangers. Le malade ne tousse pas, n'a pas maigri. Pas d'adénopathie appréciable nulle part. Pas de tuberculose épидидymique. Rien à la prostate.

Le 27 octobre, persistance des varices des membres inférieurs. Les mictions sont claires ; depuis cinq à six jours le malade ne pisser plus de sang, malgré qu'il marche et fasse des efforts. Pas de gêne de la défécation et de la miction ; cependant, quelquefois, le jet s'arrête le matin. Pas de pollakiurie nocturne ; pas d'érection, pas de spermatorrhée.

Pendant son séjour à l'hôpital il n'eut comme traitement que des lavements aussi chauds qu'il pouvait les supporter, de la térébenthine à l'intérieur avec un régime lacté.

Le 18 juillet 1898, nous avons revu le malade ; il n'a plus uriné de sang, ses varices des membres inférieurs et de la région crurale persistent encore. Il ne se lève plus la nuit pour uriner. Il n'a pas maigri, ne tousse pas ; il a très bon appétit, sa miction est normale, sauf il y a deux mois ; le malade ayant quitté ses bas de varices, sentit, deux jours après, le matin, une légère gêne du début de la miction, en même temps que celle-ci était légèrement teintée de sang. Il remit immédiatement ses bas et avec une hygiène légère d'une journée, tout rentra dans l'ordre.

OBSERVATION IV

(Tillaux, Cliniques chirurgicales.)

Jeune homme de vingt ans, qui n'avait jamais contracté de blennorragie. Il portait une varicocèle et son père était affecté d'hémorroïde. Ce jeune homme obtint, je n'ose pas dire la guérison, mais une grande amélioration, à l'aide du massage du col avec des bougies Béniqué, des injections froides dans la vessie et le rectum et des bains de siège froid.

OBSERVATION V

(Baraduc, 1887.)

Homme de soixante-dix ans, mort à la suite d'hématuries répétées. A l'autopsie, il trouve un plexus veineux abondant, entourant le col de la vessie et la prostate. La muqueuse était soulevée dans toute la zone voisine du col par une multitude de saillies formées par des veines, cette disposition s'étendait à une bonne partie du corps. Plusieurs fissures indiquaient nettement les sources de l'hémorragie. Cet homme avait des hémorroïdes anales très développées.

OBSERVATION VI

(Bonnet, *Sepulch.*, tit. III, sect. 25.)

Autopsie d'un homme qui avait eu pendant longtemps les symptômes ordinaires aux calculeux. On trouva seulement les veines du col de la vessie variqueuse et très distendue par le sang.

OBSERVATION VII

(Autopsie par M. le Dr Huguet, *France médicale*,
p. 594, 1877.)

Malade affecté de rétention d'urine, sur le cadavre duquel on constate que le col de la vessie présentait un bourrelet variqueux, formant un cul-de-sac avec la paroi postérieure du col et contre lequel venait butter la sonde. Le canal était tiré d'arrière en avant et de bas en haut par le fond de la vessie. Le volume de la prostate était normal.

OBSERVATION VIII

Varices de la vessie.

(*Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte*, n° 13.)

Femme de trente-six ans, vivant dans de bonnes conditions hygiéniques, mais contrainte par la nature de ses occupations de rester souvent debout. Six ans après son mariage, elle eut à vingt-huit ans des couches normales, mais qui lui laissèrent un peu de catarrhe vésical et de rétroversion utérine pour laquelle elle porta un pessaire à levier. A la suite du second accouchement qui eut lieu en 1876 et fut également heureux, elle eut une leucorrhée opiniâtre pour laquelle son médecin la bourre tellement de tampons à la glycérine qu'elle ressent des douleurs dans le vagin et ne peut uriner sans en retirer une partie.

Au bout de trois semaines de ce traitement, son urine commence à renfermer du mucus et du pus, puis du sang, sans d'ailleurs que la miction soit douloureuse.

Enfin, de véritables hématuries avec caillots obligent à supprimer le tamponnement.

Les styptiques à l'intérieur et les injections hémostatiques étant impuissantes, l'auteur pratique en décembre 1878, sans difficulté, la dilatation de l'urètre. La surface interne de la vessie ne présente d'autres lésions qu'une varice très étendue, saillante à la paroi du col vésical, à l'endroit où il se continue avec l'urètre et précisément au point qui vient comprimer fortement le col de l'utérus en rétroversion.

En passant le doigt sur la varice on en fait sourdre du sang.

Le tamponnement vaginal était évidemment cause de ces accidents.

L'auteur y substitue un pessaire de Hodge. Trois semaines plus tard, le pessaire ayant glissé, la rétroversion et l'hématurie s'étaient du même coup reproduites.

Un pessaire annulaire plus gros a réussi jusqu'ici à maintenir la réduction et à prévenir l'hémorragie.

OBSERVATION IX

(Guyon, *Bulletin de la Société anatomique* de 1854.)

T..., âgé de trente-huit ans, entré à l'Hôtel-Dieu pour une affection du genou, fut pris durant son séjour, la nuit, d'une hématurie des plus abondantes.

Le mauvais état général disposa à croire à une simple exhalation sanguine, l'état local, le diagnostic probable d'une ostéo-sarcome du fémur, l'abondance de l'hématurie faisait soupçonner un cancer vésical. Toujours est-il que, malgré un traitement approprié, l'hémorragie continua : la vessie fort distendue ne se vidait que difficilement ; la comprimait-on, des caillots s'échappaient par l'urètre resté entièrement libre. Bientôt la faiblesse du malade fut extrême. Cependant, trois jours avant la mort, il ne rendit plus qu'une urine sanguinolente ; mais tombé dans un état de prostration extrême, il succomba.

Autopsie. — Malgré les nombreuses lésions trouvées à l'autopsie dans le fémur, l'articulation et les poumons, il reste démontré que le malade est mort des suites de son pissement de sang.

La vessie est distendue et renferme une notable quantité de sang et d'urine, ses parois sont épaissies ; la muqueuse a une teinte violacée, elle est grisâtre vers le bas-fond ; dans le reste de son étendue elle semble recouverte de fausses membranes.

Au col et dans le trigone s'observent plusieurs ulcérations ; sous la muqueuse on aperçoit plusieurs veines très dilatées.

Variqueuses. — *A droite et vers le col*, la disposition variqueuse est surtout manifeste : là se voit un tronc veineux dilaté ; sous la muqueuse plusieurs ramifications également dilatées, noueuses. Ce tronc veineux a été le siège d'une rupture que l'on constate *de visu* : cette rupture est actuellement fermée par un caillot, et là fut certainement la source de l'hématurie.

OBSERVATION X

(Duplay père, *Arch. de méd.*, 1855.)

Deux autopsies dans lesquelles des vaisseaux flexueux et de dimensions exagérées entouraient la prostate et le col de la vessie.

Il y avait eu en même temps chez ces deux sujets un varicocèle très volumineux.

Il n'est pas question de varices saillantes du côté de la muqueuse.

CHAPITRE V

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Les observations que nous venons de citer nous montrent que l'hématurie est presque le seul symptôme des varices de la vessie et que la façon dont elle se déclare, sa marche, sa disparition nous donnent un élément sûr du diagnostic.

Mais l'hématurie est aussi un des symptômes fondamentaux de plusieurs maladies de la vessie, elle est un des caractères essentiels des néoplasmes, des calculs, de la tuberculose de la vessie et des cystites blennorragiques. Aussi, c'est par ce symptôme que ces affections peuvent prêter à la confusion et rendre le diagnostic difficile.

Dans les varices vésicales, cette hématurie apparaît spontanément sans cause appréciable, si ce n'est du moins toute cause capable de produire une poussée congestive des varices concomitantes. Elle est absolument indépendante de tout cathétérisme, au contraire comme le dit Tillaux, le passage de sondes Béniqué semble produire une amélioration notable. Elle est indolore au point d'être ignorée du malade à qui elle n'est révélée que par la coloration de l'urine. L'exploration directe par la sonde introduite dans la vessie ou par le toucher rectal ne laisse constater aucune modification dans les tissus et ne pro-

voque aucun trouble urinaire. Le malade n'a aucune sensation de ténesme et ne présente point de dysurie habituelle, et si celle-ci a lieu quelquefois, elle n'est due simplement qu'à des caillots plus ou moins abondants et volumineux qui obstruent l'orifice interne de l'urètre; mais une fois cette résistance vaincue, le malade ne sent plus la moindre gêne.

L'émission sanguine a lieu pendant toute la durée de la miction, elle est intimement mêlée à toute la masse de l'urine. Les mictions ne sont nullement troublées, si ce n'est leur nombre qui augmente un peu plus fréquemment qu'à l'état normal. Malgré la brièveté de sa durée, cette hématurie variqueuse peut être parfois si abondante qu'elle compromet la vie du malade ou l'affaiblit notablement. Généralement elle disparaît au bout de deux ou trois jours, mais elle peut réapparaître après un temps plus ou moins long sous le coup d'une nouvelle poussée congestive de ces varices. Avec ces symptômes, il faut tenir compte de l'existence simultanée des varices des membres inférieurs, d'hémorroïdes ou d'un varicocèle de date ancienne ou bien encore de l'apparition de l'hématurie coïncidant avec la suppression d'un flux hémorroïdaire.

Ainsi avec les symptômes précités et les dilatations veineuses concomitantes, nous croyons être en droit d'affirmer positivement le diagnostic de varices de la vessie.

a) Les tumeurs de la vessie offrent beaucoup d'analogie avec les symptômes de l'hématurie des varices de cet organe. Comme elle, elle est spontanée, sans cause appréciable, il est vrai, mais une fois déclarée elle varie en plus d'intensité sans qu'on puisse imputer l'influence du repos

ou du mouvement. Le cathétérisme explorateur, sans aucun effet sur les varices vésicales, est presque toujours dans les néoplasmes la cause de l'hématurie : celle-ci est alors très abondante et en dehors de toute proportion avec la cause qui l'a provoquée, et devient rebelle aux traitements les plus rationnels. De plus, elle peut être accompagnée de douleurs qui sont parfois atroces surtout dans le cancer, et jamais dans les varices vésicales l'hématurie ne s'accompagne d'aucune sensation douloureuse ; à peine si on y rencontre un peu de dysurie passagère avec la cause provocatrice. De plus, la durée de l'hématurie qui est beaucoup plus persistante, la marche qui va en se rapprochant et en augmentant sont propres aux néoplasmes et ne se rencontrent point dans les varices de la vessie où la durée est courte et la marche toujours intermittente et espacée sans progression ni modification aucune de l'organisme. Le sang dans l'urine offre les mêmes caractères dans les deux affections, mais souvent dans les néoplasmes les urines présentent des débris de tumeurs qu'il est facile de constater par l'examen.

b) L'hématurie, symptôme fréquent et important du calcul, mérite d'être différenciée ; elle reconnaît pour cause la locomotion de la pierre ; elle n'est donc jamais spontanée : ce sont les mouvements ; les courses en voitures, la marche, la fatigue, qui la provoquent, comme aussi elle disparaît presque aussitôt que les malades sont au repos. Elle se prolonge rarement au delà de quelques heures et jamais on ne l'a vue se produire continuellement pendant plusieurs jours. Elle est peu abondante en général et peut même quelquefois se réduire à quelques gouttes à la fin de la miction. En ajoutant aux caractères de cette

hématurie, la sensation de choc perçue par l'explorateur, la douleur, la fréquence de la miction, la brusque interruption du jet, la confusion serait alors impossible.

c) Dans la tuberculose vésicale, l'hématurie, symptôme précoce prémonitoire, est encore spontanée ; mais elle est toujours précédée ou tout au moins accompagnée des envies fréquentes d'uriner et même d'un besoin impérieux de la miction. Au début, elle est peu abondante et peut se réduire à quelques gouttes à la fin de la miction, elle ne produit point de caillots assez volumineux et abondants pour apporter obstacle à la miction et provoquer la dysurie consécutive. Elle s'observe tout aussi bien la nuit que le jour, au repos comme après des fatigues, des marches, elle n'a point une durée courte, mais se prolonge souvent, quoi qu'on fasse, plusieurs jours ou plusieurs semaines. Elle n'est pas complètement indolente, mais s'accompagne de sensations douloureuses, légères surtout après la période prémonitoire ou même dans celle-ci. Elle n'a point cette réapparition intermittente et uniforme ; au contraire, elle diminue au fur et à mesure que la maladie progresse.

d) Dans les cystites, et surtout dans les cystites blennorragiques, l'hématurie apparaît aussi sans cause appréciable, persiste assez longtemps, ne se calme ni par le repos ni par le lit ; mais en plus, elle s'accompagne d'extrême fréquence des envies d'uriner, de douleurs intenses qui accompagnent le début et surtout la fin de la miction. On trouve en plus dans l'urine déposée des grumeaux muco-purulents.

Pronostic et traitement. — L'hématurie doit être

toujours prise en considération quoi qu'elle soit rarement assez abondante pour déterminer la mort ; aussi le fait a été constaté dans le fait de Laugier, dans sa première apparition ; à la longue, elle peut affaiblir le malade et être le point de départ de plusieurs accidents en mettant le sujet dans un état de prédisposition à d'autres affections secondaires.

« L'écoulement sanguin, dit Civiale, a été vu quelquefois assez abondant pour compromettre la vie du malade... Le danger n'est pas toujours en proportion de l'abondance du sang ; j'ai connu des malades qui en perdaient beaucoup depuis plusieurs jours, et qui se trouvaient à peine affaiblis quoique leur constitution n'offrît point de grandes ressources. Chez d'autres, au contraire, un écoulement passager et peu copieux avait suffi pour les abattre à un point extraordinaire. »

Le traitement des varices de la vessie se borne à faire éviter l'état congestif des veines et à combattre l'hématurie lorsqu'elle se déclare.

Le repos relatif, les bains de seigle froids, les boissons adoucissantes, l'abstinence des spiritueux, des excès de table, de coït, doivent être conseillés au porteur de ces varices.

Choppart et Le Dentu recommandaient l'application des sangsues au périnée et à la marge de l'anus.

A l'apparition de l'hématurie, plusieurs moyens ont été préconisés : la réfrigération sur l'hypogastre, l'ergotine, la térébenthine, la perchlorure de fer à l'intérieur, l'ergotine en injection sous-cutanée, les injections astringentes dans la vessie, mais ces moyens et surtout l'ergotine ne donnent que des résultats incomplets, c'est aux lavements

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.	5
INTRODUCTION.	7
CHAPITRE PREMIER. — Anatomie.	9
1° Muqueuse.	10
2° Musculeuse.	12
3° Réseau sous-péritonéal.	13
Plexus veineux pelvi-péritonéal chez l'homme. .	17
Veines vésicales chez la femme.	20
CHAPITRE II. — Classification des hémorragies vésicales.	23
CHAPITRE III. — Hématuries par varices de la vessie. .	29
CHAPITRE IV. — Observations	33
CHAPITRE V. — Symptômes et diagnostic.	41
Pronostic et traitement.	44
CONCLUSIONS	47

